FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1892-1893 N° 25

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DE L'ARTHROTOMIE
DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1892

PAR

Jean-Martin-Joseph OZANAM

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Paris (Seine), le 14 Juin 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE.	professeur,	*Président*
MASSE.	professeur,	*Juges*
DENUCÉ.	agrégé,	*Juges*
VILLAR.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉES 1892-1893 N° 25

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DE L'ARTHROTOMIE
DANS LES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 DÉCEMBRE 1892

PAR

Jean-Martin-Joseph OZANAM

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à Paris (Seine), le 14 Juin 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANELONGUE.	professeur,	*Président*
MASSE.	professeur,	*Juges*
DÈNUCÉ.	agrégé,	*Juges*
VILLAR.	agrégé,	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE CENTRALE A. DE LANEFRANQUE
23-25, Rue Permentade, 23-25

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

MM. MICÉ.....
MERGET..... Professeurs honoraires.
AZAM.....

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N...
Pathologie et Thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU, N... | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. MOUSSOUS.	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales.....	N...
Clin. des mal. syphil et cut....	DUBREUILH	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Chimie.....	DENIGÈS
Clin. des mal. des voies urin...	POUSSON.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans » les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs » auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0042

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LANELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIÉCHAUD

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du Cours complémentaire de Clinique chirurgicale des enfants,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Officier d'Académie.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE L'ARTHROTOMIE

DANS LES LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur agrégé Piéchaud à l'hôpital des enfants, deux cas de luxation ancienne du coude, traités par l'arthrotomie, l'idée nous est venue de rechercher à quel point en était la question si discutée de l'intervention opératoire dans le traitement de ces luxations, et d'étudier en particulier quels étaient les résultats de l'arthrotomie, opération de date encore récente, et s'ils pouvaient, dès à présent, être mis en parallèle avec ceux qu'obtient la résection.

Nous avons donc extrait des auteurs et des congrès de chirurgie les diverses observations ayant trait à cette opération pratiquée sur le coude, en y ajoutant les deux cas que M. le Dr Piéchaud a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous avons recueilli, de même, les observations de résections pratiquées dans des cas semblables, pour en placer les résultats dans un résumé comparatif avec ceux des précédentes, et apprécier ainsi leur valeur.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à remercier M. le Dr Piéchaud d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de ce modeste travail et de nous avoir aidé de ses conseils, et nous lui exprimons

notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant les périodes de stage que nous avons accomplies dans son service.

Nous remercions aussi M. le professeur Lanelongue de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

DIVISION

Ayant l'intention d'étudier particulièrement la question de l'arthrotomie, nous n'avons pas voulu nous étendre sur l'anatomie pathologique des luxations anciennes. Ce travail a déjà été fait, à différentes reprises, et par des auteurs plus compétents. Néanmoins, nous insisterons sur quelques lésions osseuses particulières, que peu d'auteurs ont signalées, et que Stimson et Ollier ont remarqué dans plusieurs cas.

Notre premier chapitre comprendra donc un aperçu des altérations que présente un coude atteint de luxation ancienne. Dans le chapitre second, nous étudierons les moyens de traitement appliqués, à différentes époques, au traitement de ces lésions, la réduction forcée manuelle ou avec les machines, les sections tendineuses et musculaires, l'arrachement olécrânien et la torsion du cartilage épiphysaire, nous réservant de parler, plus en détail, dans le chapitre III de la résection.

Enfin, le chapitre IV traitera de l'arthrotomie, de son histoire, de ses indications et contre-indications, du manuel opératoire qui lui a été appliqué; nous rapporterons les observations, dont nous ferons ensuite un résumé, pour mettre leurs résultats en parallèle avec ceux des résections, et, de cette comparaison, nous tirerons les conclusions.

CHAPITRE I

Altérations du coude dans les luxations anciennes.

Les luxations du coude, autres que les luxations en arrière, avec leurs variétés en dehors et en dedans, sont considérées comme très rares. Aussi nous n'aurons en vue que l'étude de l'espèce la plus commune, les luxations en arrière. Leur réduction a paru, de tous temps, aux chirurgiens très facile à obtenir lorsqu'elles sont récentes, mais très difficile dans les cas anciens (1). On n'a pas fixé d'une manière absolue l'époque où une luxation du coude devient irréductible. Il faut tenir compte, pour cette appréciation, de l'âge du sujet. Car, chez les enfants, la rapidité du processus néoformateur et le peu de résistance des extrémités osseuses font que, souvent, au bout de un mois seulement, les surfaces articulaires sont déjà tellement modifiées qu'il est inutile de songer au rétablissement des os en leur première place. D'ailleurs, chez eux, la formation d'une nouvelle articulation à côté de l'ancienne, et jouissant de mouvements suffisants, contre-indique généralement et rend inutile une tentative de réduction.

Chez les adultes, on admet que la réduction peut encore être obtenue après deux mois, dans les cas ordinaires. Il y a pourtant des exemples de réduction sans opération et même sans machines de luxations beaucoup plus anciennes, prouvant qu'il est inutile de

(1) Mollière. *Congrès de chirurgie* (1886).

s'arrêter à des limites théoriques et que l'examen de chaque cas en particulier donnera les indications de l'intervention ou de la non intervention.

Avant d'examiner les différents moyens de réduction employés contre les luxations anciennes, il est bon de rappeler quelles sont les causes qui les rendent irréductibles. Ces causes proviennent à la fois de l'altération des os et extrémités articulaires et des lésions et dégénérations des parties molles.

Une loi, qui préside aux déformations subies par les surfaces articulaires, a été énoncée par Malgaigne : c'est que les parties osseuses, ordinairement soumises à une pression constante, s'hypertrophient quand cette pression vient à cesser.

Ainsi, dans le coude, la trochlée humérale n'étant plus comprimée par les extrémités du cubitus, s'hypertrophie principalement sur les bords supérieurs qui sont soumis à une pression plus vive.

Ordinairement, dans les différents tissus où une pression se produit, les cellules le plus exposées meurent plus vite et leur prolifération doit être plus active pour remplacer celles qui sont détruites. On pourrait donc expliquer l'hypertrophie citée plus haut par ce fait que, par suite de la continuation de l'action vitale, la prolifération plus active, dans ces points où se fait la pression, continue à se faire après cessation de cette pression et comme les cellules ne meurent plus aussi rapidement, elles s'accumulent et amènent un développement anormal.

D'après Stimson (1), cette hypertrophie de l'humérus se ferait, surtout, dans un sens perpendiculaire à l'axe de l'os, à cause de la direction du cartilage de conjugaison de l'épiphyse inférieure qui est incliné d'avant en arrière et de haut en bas. De sorte que l'extrémité humérale inférieure se développe en une espèce de proéminence hémisphérique portant la trochlée en avant et en bas.

---

(1) *New-York Médical Journal* (1887).

On comprend que cette disposition rende impossible la réduction, si la trochlée ne peut plus trouver place dans l'échancrure sigmoïde du cubitus, en même temps que l'apophyse coronoïde a plus de peine à repasser au-dessous d'elle.

Outre cette augmentation dans la totalité, on observe une prolifération active, d'autant plus active que le sujet est plus jeune, de la couche ostéogénique du périoste. Cette prolifération se fait irrégulièrement et amène la formation d'excroissances, d'ostéophytes, de noyaux osseux isolés, et même de masses osseuses considérables, changeant complètement la forme de l'os primitif. Les auteurs ont attribué cette formation irrégulière à la contusion, l'irritation et la déchirure du périoste par le traumatisme.

Cette exubérance osseuse revêt parfois une forme que peu d'auteurs ont signalée, et que Stimson a, le premier, nettement décrite en 1887, dans son mémoire sur les luxations anciennes du coude (1). Il put s'en rendre compte dans le cours d'une arthrotomie qu'il fut obligé de faire sur une malade et qu'on lira avec détails dans l'observation X.

Il constata alors qu'il se trouvait, en arrière du condyle interne huméral et partant de celui-ci, une masse en partie fibreuse, mais déjà presque complètement ossifiée, à direction postérieure et inférieure, recouvrant et entourant la tête du radius qui s'y était ménagé une loge. Cette masse était adhérente aux parties molles qui se continuaient avec elle en dehors et en bas, condensées et fibreuses, et formant comme une nouvelle capsule.

Ce détail fut rencontré par lui dans le cours de plusieurs autres arthrotomies qu'il fit dans la suite. Il pensait pouvoir attribuer cette néoformation à la prolifération d'une partie du périoste décollé par le traumatisme. La coïncidence, dans son observation, d'un arrachement de l'épitrochlée, fait assez fréquent dans les luxations en

(1) *New-York Médical Journal* (1887).

dehors, mais rare dans les luxations en arrière, avec l'intégrité de l'apophyse coronoïde et de la partie antérieure de la capsule, l'amena à supposer que le mécanisme de ce cas n'avait pas été le mécanisme ordinaire, extension forcée avec flexion brusque ou flexion forcée avec choc sur l'extrémité inférieure de l'avant-bras; mais qu'il y avait eu flexion latérale en dehors avec arrachement de l'épitrochlée, puis, propulsion en arrière, forçant l'apophyse coronoïde à passer sous la trochlée.

Le ligament latéral externe tiraillé, au lieu de céder, aurait entraîné la périoste à sa suite, tandis que la tête radiale, repoussée en arrière et en haut, se serait insinuée entre l'os et son périoste, augmentant ainsi le décollement. Le périoste, chez cette enfant de onze ans, aurait proliféré activement et reproduit au-dessus du radius une masse osseuse imitant l'aspect d'une moitié d'humérus.

Cette observation n'est d'ailleurs pas unique : le docteur Lange, en 1886 (1), au cours d'une résection du coude, pour luxation incomplète chez une enfant de huit ans, avait trouvé un épaississement de près de un demi de pouce (environ 13 millimètres) sur la face externe du condyle externe.

Wallace et Malgaigne parlent du coude d'un homme atteint de luxation ancienne, qui put être examiné anatomiquement, et qui se trouve actuellement au Musée Dupuytren, où l'on trouvait une excroissance osseuse, partant de l'extrémité postérieure de l'humérus et recouvrant la tête du radius.

Langlet en a vu un cas semblable (2), et Annandale en cite deux où il vit l'humérus et le cubitus réunis en arrière par une masse osseuse.

Enfin, Ollier, dans son *Traité des résections*, donne également deux observations de luxations anciennes, où il trouva, en arrière de

---

(1) Stimson, *loco citato*.

(2) Lafaurie, *Thèse de Paris* (1869).

l'humérus, une masse osseuse de nouvelle formation, ayant l'apparence d'un humérus nouveau, s'articulant avec les extrémités luxées de l'avant-bras, et dont il explique la production par le même mécanisme que Stimson, à savoir, le décollement presque total du périoste de la face postérieure par les ligaments tiraillés.

Ces observations peuvent paraître exceptionnelles; mais on comprend que le même fait doit se produire facilement, surtout chez les enfants, dont le périoste, tapissé à sa face interne de nombreuses cellules jeunes, est épais, mou et peu adhérent à l'os, et par conséquent facile à décoller (témoin les fractures sous-périostées). Cela doit surtout se produire quand les ligaments résistent et arrachent avec eux des apophyses ou des fragments osseux.

Dans des cas semblables, il est évident qu'aucun moyen de réduction, manuel ou mécanique, ne peut réussir, et qu'on ne peut remettre les os en place, qu'après ablation de la masse au bistouri ou à l'ostéotome.

Si les surfaces humérales, laissées libres de pression par suite du déplacement, s'hypertrophient et se déforment, des changements analogues se produisent du côté des os de l'avant-bras, et pour la même raison. C'est ainsi que, sur cette même pièce décrite par Malgaigne, et qui se trouve au Musée Dupuytren, on observait au cubitus la disparition de la cavité sigmoïde, et la présence, en avant de l'apophyse coronoïde, d'une excroissance osseuse épaisse, se moulant sur la convexité de la trochlée, et s'avançant en dehors jusqu'au voisinage de l'épicondyle, où elle présentait une surface lisse pour la tête du radius. Cette masse s'enfonçait dans la fosse olécrânienne, formant un rebord, qui devait s'opposer invinciblement à l'abaissement du cubitus, dans les manœuvres de réduction par force; car pour le déloger, il aurait fallu exagérer encore le déplacement de l'avant-bras en arrière.

Du côté du radius, plusieurs auteurs ont observé un phénomène assez curieux; c'est l'allongement hypertrophique du col, attribuable

probablement à la même cause, la cessation de la pression (cas de Humphrey, d'Allen, de Smith). Dans certains cas, ce col atteignait une longueur de un pouce et demi (environ 35 millimètres). Mais cette particularité est surtout fréquente dans la luxation du radius seul.

Les altérations osseuses, que nous venons de décrire, se produisent d'autant plus rapidement que le sujet est plus jeune. Aussi l'irréductibilité est plus précoce chez eux que chez les adultes. Néanmoins, ceux-ci ne sont pas à l'abri des néoformations osseuses, même quand leurs os ont fini leur croissance; car le périoste est irrité par le traumatisme qui a amené la luxation, et par les manœuvres de réduction auxquelles le sujet est toujours soumis; et le périoste manifeste son irritation par une exagération fonctionnelle (exemple : le traitement des fractures non consolidées par les injections irritantes).

En supposant que les condyles huméraux aient gardé leur forme et leurs dimensions, et qu'il n'y eût pas d'ostéophytes, il faudrait, pour que la réduction puisse s'opérer, que les cavités articulaires aient conservé leur profondeur et leur largeur. Or on trouve presque toujours ces cavités plus ou moins comblées par du tissu fibreux très dense et adhérent aux cartilages.

Allen a vu la fosse olécrânienne tellement remplie que la mince cloison, qui la sépare de la fossette coronoïde, et qu'il est fréquent de trouver perforée chez l'individu sain, se trouvait, dans son cas, épaisse de un tiers de pouce (environ 9 millimètres).

Nicoladoni et Volker ont trouvé la grande cavité sigmoïde complètement comblée par du tissu fibreux. Dans presque toutes les observations citées à la fin de ce travail, on verra qu'il en était de même et que les opérateurs durent exciser et gratter ce tissu pour remettre les os en place.

Enfin, du côté des parties molles péri-articulaires, il naît des changements et des altérations bien propres à entraver considéra-

blement la réduction. Les tissus conjonctifs se densifient, les muscles tendus à l'excès deviennent fibreux, ceux qui sont, au contraire, relachés se rétractent et diminuent de longueur d'une façon permanente, en même temps qu'ils s'atrophient. Il se forme des ligaments nouveaux et même toute une capsule nouvelle.

Jollivet dit avoir vu, dans une luxation vieille de huit mois, un ligament parfaitement constitué allant de la cupule de la tête radiale jusqu'à la partie externe de la trochlée et un autre allant du bec de l'olécrâne à l'épitrochlée. Au bout de un mois à six semaines, on trouve toujours des trousseaux fibreux reliant les bords de l'olécrâne avec les faces postérieure et latérales de l'humérus et se prolongeant avec les ligaments latéraux. La partie antérieure de la capsule est souvent détruite, quoique Stimson l'ait vue une fois intacte et adhérente au bord du cartilage. Elle est souvent, ainsi que les ligaments, pénétrée par des dépôts osseux isolés.

Les anciens ligaments sont souvent déchirés; ou bien, s'ils ont résisté, ils ont pu être tiraillés et, ayant décollé le périoste à leur suite, leur insertion s'est reportée plus haut.

Toutes ces formations fibreuses exigent, pour être rompues, un déploiement de force considérable.

Enfin, on ne peut espérer un retour des fonctions et des mouvements du membre, que si les cartilages sont intacts. Or, ils se détruisent et s'exfolient assez rapidement, surtout quand ils sont jeunes, et dans ces cas, si la réduction est possible, du moins on ne peut obtenir qu'une ankylose.

Ayant vu ainsi rapidement les principales causes qui rendent les luxations anciennes irréductibles, nous allons passer en revue les différents moyens qui ont été et qui sont encore employés pour les traiter, en essayant de montrer dans quels cas ils peuvent être utiles, et ce qui leur manque pour être suffisants dans la plupart.

CHAPITRE II

Des différents traitements employés pour réduire les anciennes luxations du coude.

Le moyen le plus rationnel auquel on puisse penser pour réduire une luxation ancienne, c'est d'essayer sur elle les méthodes qui réussissent dans les récentes. Aussi de tous temps, on leur a appliqué le procédé de réduction par tractions; seulement il fallait y appliquer une force beaucoup plus grande. Les chirurgiens anciens ne différaient que sur le mode d'application et la position à faire prendre au membre malade. Ainsi Hippocrate conseillait de faire des tractions sur l'avant-bras, placé dans l'extension, en pratiquant la contre-extension sur l'épaule. Oribase, avant de tirer, forçait le bras en flexion, quand il était fixé dans l'extension, et l'étendait de force, quand il était fixé en flexion. De plus il pratiquait la contre extension sur le bras.

Comme les forces de l'opérateur et de ses aides ne suffisaient pas toujours, Hippocrate inventa un certain nombre de machines, aussi ingénieuses que celles qui furent trouvées depuis, et qui lui permirent de déployer plus de puissance.

Il est certain qu'à l'aide de ces moyens, les chirurgiens anciens durent obtenir un certain nombre de succès, comme d'ailleurs on en obtint depuis, et on en obtient toujours avec les moufles et autres appareils modernes. Cela tient peut-être à cette raison que, chez certains individus, les processus néoformateurs et destructeurs agissent moins rapidement que chez d'autres, ou bien que chez

quelques-uns, des mouvements exercés dès le début empêchent ou retardent la formation de brides cicatricielles et d'adhérences fibreuses.

Mais, en résumé, le plus grand nombre de ces luxations ont dû rester incurables, leur réduction étant rendue impossible par les causes citées plus haut, et les anciens chirurgiens n'ayant pas d'autres moyens de les traiter.

Pendant toute l'époque qui précéda les temps modernes, et l'avènement de l'antisepsie, qui seule pouvait permettre à la chirurgie toutes les audaces, les chirurgiens se partagèrent deux camps, suivant l'opinion qu'ils avaient sur l'intervention dans les luxations anciennes.

Les uns, plus prudents, et connaissant, peut-être par expérience, le danger des interventions violentes, et l'inutilité des essais trop souvent répétés de réduction forcée, sachant d'ailleurs que les altérations subies par une articulation déboitée rendent presque impossible, au bout d'un certain temps, le retour *in integrum*, s'abstenaient presque complètement de traitement. Après deux ou trois tentatives de réduction, faites avec une force n'excluant pas la modération, ils abandonnaient la partie, et se contentaient, comme le fait Ravaton (1), de recommander les onctions, les frictions faites avec de l'huile, les fomentations chaudes, les bains sulfureux, les bains de boue, etc., pour ramollir les tissus indurés et donner plus de laxité à l'articulation ou à ce qui la remplaçait.

Ils comptaient aussi un peu sur les efforts de la nature; car ils savaient que, chez les enfants, il se forme, souvent, une nouvelle articulation, possédant des surfaces articulaires, des cartilages, des ligaments, et même une synoviale, et que cette articulation arrive à jouir de mouvements presque normaux. Et même chez les adultes, des mouvements persévérants et bien conduits peuvent amener,

(1) *Pratique de Chirurgie* T. IV, p. 153 (1776).

graduellement, un degré de flexion suffisant pour permettre au malade de se servir utilement de son membre.

Les chirurgiens d'avis contraire, voulaient réduire quand même. Alors ils multipliaient les séances de tractions, le nombre des aides, la force employée. Avant l'emploi de l'éther et la découverte du chloroforme, on ne connaissait aucun moyen anesthésique ni résolutif, et on ne savait comment diminuer la résistance musculaire et la contracture inévitables dans les efforts de tractions. Aussi, quand un chirurgien avait affaire à un homme vigoureux et résistant fortement, il n'hésitait pas à le purger, à le saigner, jusqu'à ce que la résolution des forces fût obtenue.

Un des plus célèbres chirurgiens anglais, Asthley Cooper, agissait ainsi; et, dans un cas, après plusieurs tentatives de réduction, précédées chacune de purgation et de saignée, il réussit à réduire, mais le malade mourut quelques heures après.

En dehors de ce cas exceptionnel, il n'était pas rare de rencontrer d'autres accidents, très graves, surtout pour l'époque, tels que fractures, gangrène, emphysème, ruptures artérielles ou veineuses. On vit même une fois toute la peau du membre supérieur, décollée jusqu'au poignet, par glissement du collier d'un appareil de contre extension.

La réduction par les méthodes de force ne doit pourtant pas être rejetée complètement. Elle peut rendre des services, surtout entre les mains de chirurgiens habiles et prudents. Gerdy (1) estimait que « en chirurgie, tous les moyens, même les plus dangereux, peuvent » être innocents, comme les plus innocents peuvent devenir dange- » reux. Le tout est de savoir les employer. » L'application des machines à la réduction des luxations anciennes fut un progrès. Leur puissance est plus grande et plus facile à diriger que celle de nombreux aides. De plus, le chirurgien a plus d'aisance pour faire

(1) *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, T. II, p. 151.

les manœuvres manuelles nécessaires à la réduction. Les premières machines étaient sur le modèle des crics. Elles furent employées d'abord par Purmann, vers la fin du XVII[e] siècle. Plus tard, Jarvis du Connecticut et Volker les perfectionnèrent. Mais Sédillot les rendit tout à fait scientifiques et chirurgicales en leur appliquant le dynamomètre.

A partir de 1840, les grands chirurgiens de l'époque, Sédillot, Nichet, Gerdy, etc., les emploient fréquemment et obtiennent des succès. Samson réduit une luxation du coude, datant de 114 jours, chez un enfant de dix ans. Lisfranc, cité par Malgaigne, en réduisit une, chez un enfant de onze ans, datant de trois mois, en appliquant une force de 300 livres. Plus récemment encore, Bouilly réduisit par tractions deux luxations du coude datant de quatre mois et demi et de huit mois. Hennequin, avec un appareil perfectionné, inventé par lui, a réduit des luxations graduellement et sans secousses, en portant la puissance jusqu'à 140 kilogrammes.

En moyenne, la puissance a varié entre 50 et 150 kilogrammes, mais cette dernière force a été rarement employée. Quant à la limite d'ancienneté à laquelle on s'est arrêté, elle a varié beaucoup suivant les chirurgiens, parce que chaque chirurgien a reculé cette limite jusqu'à celle des cas où il avait pu obtenir des succès. Ainsi, Sédillot admet comme irréductibles par les tractions des luxations du coude vieilles de plus de trois mois. Gerdy réduit encore à six mois, tandis que Boyer et Asthley Cooper y renoncent déjà après six semaines.

L'emploi des machines a été, depuis quelques années, notablement perfectionné par divers constructeurs. Ainsi, la chirurgie possède l'appareil de Collin, et surtout celui de Mathieu. Celui-ci supplée complètement aux manœuvres manuelles anciennes; il fait l'extension et la contre-extension, et, au moyen d'un ressort à détente, permet la flexion brusque au moment nécessaire. Cet appareil est, d'ailleurs, décrit dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bor-*

deaux, par M. le professeur Masse, qui l'a employé avec succès dans la réduction d'une luxation du coude, datant de cinq semaines.

En résumé, l'emploi des machines de traction, moufles et autres plus perfectionnées, est utile et recommandable, appliqué avec prudence, et dans les limites établies par les bons chirurgiens, pourvu que par l'examen de l'articulation, on ait reconnu qu'elle est encore assez peu déformée pour qu'elle puisse reprendre sa situation normale et ses fonctions.

Mais le nombre est grand des luxations du coude où l'articulation, par les raisons énumérées plus haut, n'est pas en état de recevoir les extrémités luxées. Les déformations articulaires, le remplissage des cavités, les productions osseuses contre-indiquent l'emploi des machines. De plus, dans bien des cas, la réduction ne sera obtenue qu'au prix de désordres qui ne seront pas toujours compensés par un succès durable. En effet, pour faire reprendre à ces os leur place primitive, il faut un traumatisme au moins aussi fort que celui qui leur a fait quitter leur situation normale. De plus, les adhérences, les ligaments nouveaux que l'on a l'intention de rompre par les tractions, sont souvent très résistants et, alors, c'est quelquefois leur point d'implantation qui est arraché. Cela ne se voit-il pas souvent dans les traumatismes, surtout au pied où, dans une entorse, une fracture ou une luxation, les ligaments enlèvent la partie osseuse sur laquelle ils s'insèrent?

Aussi la plupart des chirurgiens qui ont fait usage des machines, à commencer par Hippocrate lui-même, puis Jarvis du Connecticut, Volker, Malgaigne, etc., ont-ils recommandé de faire exécuter des mouvements au membre, avant de commencer les tractions, afin de détruire le plus possible d'adhérences. Encore ce moyen est-il bon pour rompre les adhérences antérieures, et surtout postérieures, à cause du bras du levier considérable formé par le cubitus, mais les ligaments latéraux raccourcis ne sont pas atteints par ces efforts. Il faut, pour avoir prise sur eux, suivre le conseil de Farabeuf, qui

recommande de faire la flexion forcée de l'avant-bras et, dans cette position, d'exécuter des mouvements de pronation et de supination.

La réduction forcée a amené quelquefois des désordres tels que la fracture de l'olécrâne ou sa torsion chez les enfants (Ollier), ou le décollement du cartilage épiphysaire; mais, malgré ces lésions, qui se faisaient sous la peau et par conséquent sans accidents consécutifs, on a pu observer quelquefois des résultats satisfaisants. Aussi des chirurgiens ont-ils employé systématiquement ces moyens pour obtenir la réduction. Mais des accidents moins bénins ont pu se produire, tels que fractures sus condyliennes ou fracture d'un des condyles, et ces fractures amenaient la reproduction de la luxation ou constituaient une fausse réduction quand elles étaient méconnues.

Ce qui empêcha l'emploi des appareils de se généraliser, c'est que beaucoup de chirurgiens n'en connaissaient pas bien l'usage et s'abstenaient, ayant vu des cas de luxations non réduites, arriver malgré tout à un état assez satisfaisant. Je ne parle pas ici des néo-articulations qui se forment chez les enfants; chez ceux-ci, c'est un résultat auquel on doit toujours tendre, car, chez eux, l'articulation primitive se déforme en très peu de temps et la nouvelle, quand elle se forme, acquiert facilement des mouvements très suffisants. Mais chez les adultes, on a vu des luxations non réduites, mobilisées, soit par le chirurgien, soit par le malade lui-même, arriver graduellement à une liberté de mouvements étonnante.

Velpeau cite le cas d'un homme qui arriva ainsi à posséder une extension complète du coude sur le bras et une flexion suffisante pour pouvoir se toucher le nez avec la main. Malgaigne en cite un cas semblable. Hamilton vit chez une femme une luxation du coude datant de trente ou quarante ans et qui avait tous les mouvements libres. Capelleti en rapporte un cas analogue.

Litle, en 1887, rapporte (1) le cas d'une femme, qui eut, vingt ans

---

(1) *New-York Médical Journal* (1887).

plus tôt, une luxation incomplète de l'avant-bras en arrière, rendue complète quelque temps après à la suite d'une chute. Cette luxation ne fut jamais réduite, et, pourtant, quand Litle la vit, cette femme possédait des mouvements assez étendus pour suffire aux usages pratiques de la vie. Les os des deux segments du membre étaient réunis seulement par les parties molles, et, dans le mouvement de demi-flexion, l'olécrâne et la tête radiale remontaient en arrière et en dehors jusqu'à la limite des tiers inférieur et moyen de l'humérus.

Aussi, certains chirurgiens, instruits par ces exemples, se sont-ils contentés de rompre les adhérences par mouvements forcés, sans chercher à réduire la luxation, et de pratiquer la flexion brusque ou progressive, de manière à amener l'avant-bras à un angle aigu, ou tout au moins droit, qui lui permît de rendre quelques services.

La fracture de l'olécrâne produite accidentellement dans des tentatives de réduction, a donné à plusieurs chirurgiens l'idée de l'employer volontairement, au moyen des flexions brusques avec secousses, ou, plus chirurgicalement, par la section au ciseau. Pingaud la fit en 1877. Depuis elle fut pratiquée encore par Trendelenburg, Rostock et Wœlner, qui ont sectionné l'olécrâne, soit définitivement, soit temporairement, et avec de bons résultats.

Bien qu'on puisse espérer épargner, dans cette section, quelques fibres du tendon tricipital, et en laisser quelques-unes adhérentes au fragment inférieur de l'olécrâne, il n'en est pas moins vrai que, la plupart du temps, les mouvements d'extension sont perdus par ce procédé, ou, du moins, ne se font que passivement, par abaissement mécanique de l'avant-bras, qui obéit à la pesanteur (1). Cependant, comme ce moyen facilite beaucoup la flexion, et que c'est quelquefois la seule manière qui puisse permettre de l'obtenir, il a été conseillé par plusieurs, notamment par Albert.

Ollier pense que chez les enfants, ce n'est pas la fracture de

---

(1) Lafaurie, *Thèse de Paris* (1869).

l'olécrâne qui se produit, mais le décollement de son cartilage d'ossification, et même plus souvent la simple torsion de ce cartilage. La conséquence en est encore moins favorable, car l'extension active est non seulement perdue, mais l'extension passive rendue impossible. Aussi on est toujours, dans ces cas, obligé de recourir à l'ostéotomie de l'olécrâne; ce qui indique de faire de préférence immédiatement l'ostéotomie, au lieu de la fracture par flexion avec secousse. La section de l'olécrâne est, au contraire, parfaitement autorisée dans le cours d'une arthrotomie, alors qu'on veut se donner plus de jour; mais il faut la suturer fortement, avant de terminer l'opération.

Les inconvénients attribués à la section de l'olécrâne peuvent aussi bien s'adresser à la ténotomie sous-cutanée du triceps, qui fut pratiquée par Newmann, Maisonneuve et plusieurs autres. Elle est rarement suffisante; car il n'est pas fréquent de n'avoir que la rétraction du triceps pour toute lésion dans une luxation ancienne. Quant à la réparation du triceps, si on a eu soin de conserver quelques fibres, elle se fait assez facilement, témoin un cas d'Ollier, où le tendon se trouvait complètement réuni, dix-huit jours après sa section.

Vers 1840, suivant les progrès de la chirurgie, les opérateurs commencent à être plus entreprenants à l'égard des luxations du coude. L'idée vient de s'attaquer par l'instrument tranchant aux causes même de l'irréductibilité, c'est-à-dire aux adhérences et aux rétractions. La myosyndesmotomie (1) est mise en pratique de diverses manières et à différents degrés. Déjà, il y a une soixantaine d'années, Liston, d'après Albert, réduisit une vieille luxation du coude en sectionnant par la méthode sous-cutanée tous les liens résistants. En 1840, Malgaigne, qui avait déjà employé ce moyen dans les luxations des doigts et des métacarpiens, réduisit une luxa-

(1) Bardon-Laroze, *Thèse de Paris* (1882).

tion du coude en arrière, par la section des tendons des muscles latéraux de l'articulation.

Un peu plus tard, Gerdy, ayant échoué avec les moufles dans la réduction d'une luxation ancienne du coude, incisa la peau le long du triceps brachial en dedans, et sectionna des trousseaux fibreux superficiels, allant à l'épitrochlée. Puis il recommença les tractions. Les mouvements y gagnèrent un peu d'amplitude, mais la réduction ne fut pas obtenue. Gerdy proposa alors à la malade de lui sectionner les muscles et les tendons, c'est-à-dire de lui faire la myosyndesmotomie, mais la malade refusa.

Charles Bell opéra plusieurs luxations du coude en sectionnant sous la peau les ligaments latéraux avec un couteau à cataracte. Dupuytren ne fit pas cette opération sur le coude, mais il la conseilla, après avoir vu les résultats qu'elle donnait sur les luxations des doigts. En 1847, Maisonneuve réduisit une luxation du coude vieille de deux ans, en sectionnant tous les tendons; il est vrai qu'il fit aussi la section de l'olécrâne.

Le manuel opératoire, employé par la plupart, consistait en une incision sur le côté externe de l'humérus au-dessus de l'épicondyle, aussi petite que possible, et par laquelle ils glissaient un ténotome mousse, qu'ils promenaient successivement sur les faces postérieure et externe de l'olécrâne et de l'humérus. Puis ils ramenaient le couteau en avant pour couper les adhérences de la face antérieure. Ils en faisaient autant du côté interne, si la première ne suffisait pas. La réduction ne se faisait pas tout de suite; car on ne commençait les tractions que le surlendemain de l'opération.

Cette opération est certainement facile à exécuter, et elle a donné quelques bons résultats dans des cas assez récents et chez des adultes surtout. Cependant on peut lui reprocher, comme à toutes les opérations sous-cutanées (sauf à l'achillotomie, qui est absolument sans danger), d'agir à l'aveugle, surtout dans une région qui, comme le coude, renferme de nombreux écueils, l'artère brachiale,

ou ses bifurcations en cas d'anomalie, les veines, les nerfs médian et cubital; d'autant plus que les rapports de ces organes sont souvent considérablement modifiés. De plus, si elle peut suffire dans les cas où il n'y a que des adhérences fibreuses et des rétractions musculaires ou ligamenteuses, elle est insuffisante dans les cas plus nombreux, où les cavités articulaires sont comblées, les os déformés et recouverts de néoproductions. Aussi cette opération qu'on a appliquée, d'ailleurs, avec plus de succès, à d'autres articulations, comme, par exemple, celle de l'épaule, n'est pas conseillée pour le coude, et est d'un usage restreint. C'est l'opinion de Mollière (de Lyon), qui, au Congrès de Chirurgie de Paris, 1886, l'a considérée comme aléatoire et insuffisante.

Toutes les méthodes de réduction, dont nous venons de parler, n'ont jamais été que des méthodes d'amélioration et non des méthodes curatives radicales; car elles n'ont jamais donné que des résultats incomplets, au point de vue fonctionnel, et n'ont jamais rendu au malade une articulation semblable à celle du côté sain. Nous allons passer, dans le chapitre suivant, à l'étude d'une opération réellement curative, la résection.

CHAPITRE III

De la résection du coude dans le cas de luxation ancienne.

Les traitements, employés jusqu'alors contre les luxations anciennes du coude, ne satisfaisant pas le goût des amateurs de restauration fonctionnelle, ceux-ci eurent vite fait de songer à la résection. Quand la résection fut devenue une opération sans danger (au coude) avec la méthode antiseptique, et que la découverte, faite par Ollier, de la résection sous-périostée permit de s'attaquer aux os, aussi largement qu'il fut nécessaire, on put espérer rendre à un infirme une articulation parfaite, aussi forte et aussi mobile que la première. En effet, sauf dans les cas où la résection a porté, chez l'enfant, sur une partie du cartilage épiphysaire (dans ce cas la croissance est arrêtée ou ralentie), le périoste conservé régénère parfaitement l'os enlevé. L'activité de la prolifération est même augmentée au point que l'on peut craindre la formation d'une ankylose, quand la résection est trop parcimonieuse. Ainsi Ollier eut un cas chez un adolescent, où l'ankylose eut lieu, et qu'il fut obligé de réséquer de nouveau huit mois après. Les extrémités osseuses alors se régénèrent, en reprenant, à peu de chose près, la forme primitive. Si quelquefois un condyle est un peu plus saillant que l'autre, la déviation de l'avant-bras, qui en résulte, soit en dedans, soit plus souvent en dehors, n'a que peu d'influence sur les mouvements obtenus.

La résection a l'avantage de s'appliquer à tous les cas qui, jusque-là, n'avaient bénéficié d'aucune amélioration, d'aucune méthode nouvelle, à ces cas où les surfaces articulaires sont trop déformées pour pouvoir reprendre leur usage, où les cartilages sont détruits, les formations fibreuses inextricables et solidement adhérentes, les ossifications nombreuses; surtout là où il y a des complications, telles que fractures condyliennes ou parcellaires.

La résection avait déjà été pratiquée pour luxation ancienne du coude par Textor, en 1823, par Emmert en 1847, Fergusson en 1853 et Syme en 1855 (1); mais les connaissances chirurgicales de cette époque ne permettaient pas d'obtenir de meilleur résultat qu'une ankylose à angle droit ou peut-être à angle aigu.

La résection actuelle, telle qu'elle a été créée par Ollier, reformant une articulation nouvelle, rend au membre, non seulement sa mobilité, mais encore sa motilité et sa puissance, en épargnant les attaches musculaires qui lui donnent le mouvement. Aussi elle a été pratiquée un certain nombre de fois, et avec d'excellents succès, par les chirurgiens contemporains. Ollier, dans son *Traité des résections*, en rapporte trois observations personnelles, plus une de Fochier, de Lyon. Celui-ci en a consigné cinq autres dans la thèse d'un de ses élèves (2). Au congrès de chirurgie de Paris, en 1886, Bœckel et Mollière (de Lyon), en ont communiqué, le premier quatre observations, le second, dix. Cette dernière série surtout, comme on le verra plus loin, a été vraiment excellente. Enfin, Maydl, chirurgien viennois, à ce même congrès, déclara l'avoir faite trois fois, mais ses cas étaient tous compliqués de fractures.

Nous donnons ici un résumé de ces observations, avec leurs résultats.

---

(1) Cités par : PAINETVIN, *Thèse de Paris* (1865).

(2) MARANGOS, *Thèse de Lyon* (1883).

Cas rapportés par Ollier.

I. (Ollier). — Résection humérale de 5 centimètres.

Résultat : solidité latérale. Mouvements entre 70° et 140°.

II. (Ollier). — Jeune homme de 21 ans. Luxation du coude en arrière et en dedans. Traité sans succès par les rebouteurs, la réduction manuelle et la syndesmotomie.

Résection humérale de 56 millimètres.

Résultat : flexion à 75°, extension à 150°.

III. (Ollier). — Femme de 25 ans. Luxation en arrière du coude datant de trois mois. Ankylose en extension complète, masse osseuse rétroépicondylienne.

Résection humérale de 56 millimètres.

Résultat après 78 jours : forme parfaite, raccourcissement de 21 millimètres.

Flexion active jusqu'à 85°, passive jusqu'à 80°.

Extension active jusqu'à 135°, passive jusqu'à 142°.

Cas de Fochier.

I. (Rapporté par Ollier). — Fille de 8 ans, luxation du coude droit en arrière. Résection humérale de 3 centimètres.

Examen cinq ans après. Résultat : raccourcissement de 25 millimètres, dont 5 pour l'avant-bras. Solidité latérale.

Flexion presque complète. Extension à 130°, avec effort à 135°, empêchée par le crochet de l'olécrâne.

II. (Thèse de Marangos). — Fille de 8 ans. Luxation du coude en arrière datant de deux mois, et compliquée de fracture de l'épicondyle. Résection humérale de 3 centimètres.

Résultat : flexion normale, extension à 150°.

III. (Thèse de Marangos). — Garçon de 10 ans et demi. Luxation en arrière avec fracture épicondylienne. Résection après un mois et demi.

Résultat : mouvements actifs limités, mouvements passifs étendus.

IV. (Thèse de Marangos). — Homme de 22 ans. Luxation ancienne du coude en arrière. Résection humérale. Résultat excellent.

V. (Thèse de Marangos). — Luxation du coude ancienne. Même résultat.

VI. (Thèse de Marangos). — Luxation ancienne du coude avec fracture de l'épitrochlée, cal difforme, ponts osseux allant du bras à l'avant-bras. Résection totale large. Résultat : articulation ballottante.

Cas de Bœckel.

I. — Femme de 39 ans. Luxation compliquée en arrière, datant de six semaines. Résection humérale.

Résultat : Mouvements limités jusqu'à l'angle droit.

II. — Femme de 20 ans. Luxation vieille de dix-huit mois. Ankylose à angle obtus. Résection de l'humérus et de la tête du radius. Excision au ciseau d'ostéophytes nés sur le cubitus.

Résultat : Mouvements au-delà de l'angle droit.

Extension complète.

III. — Femme de 27 ans. Luxation en dehors de six semaines de date. Résection humérale de 3 centimètres.

Résultat : flexion à angle aigu.

IV. — Femme de 29 ans. Résection par une seule incision externe. Même résultat

Cas de Mollière.

I. — Homme de 28 ans. Luxation irréductible en arrière.

Résection humérale. Raccourcissement de 4 centimètres.

II. — Homme de 45 ans. Luxation en arrière du coude gauche.

Fracture de l'olécrâne sans succès. Résection humérale de 10 centimètres. Résultat : pas de raccourcissement sensible.

Solidité latérale. Mouvements presque normaux.

III. — Femme de 45 ans. Luxation du coude datant de dix semaines. Ankylose complète. Résection totale. Résultat parfait.

IV. — Femme de 37 ans. Luxation en arrière de deux mois.

Résection de 11 centimètres. Guérison en 40 jours.

Résultat parfait.

V. — Garçon de 13 ans. Résection humérale. Os reproduit en deux mois. Résultat fonctionnel très bon.

VI. — Homme de 35 ans. Luxation en arrière avec fracture condylienne. Ankylose. Résection humérale par une incision interne. Résultat très bon.

VII. — Enfant de 13 ans. Luxation datant de un mois. Résection humérale par incision externe. Résultat parfait.

VIII. — Luxation du coude chez une femme, datant de 2 mois. Résection humérale. Résultat parfait.

IX. — Fille de 12 ans. Luxation avec fracture condylienne. Ankylose. Résection humérale avec dégagement du nerf cubital. Résultat satisfaisant.

X. — Homme de 41 ans. Luxation ancienne du coude en arrière datant de deux mois. Résection humérale. Résultat bon.

Observations de Maydl.

I. — Luxation en arrière chez un homme, datant de dix mois et demi. Incision transversale postérieure. Résection totale.

Résultat : mouvements actifs et passifs libres.

Extension incomplète.

II. — Garçon de 14 ans. Luxation du coude avec fracture de la trochlée. Incision transversale postérieure. Résection humérale. Résultat : mouvements limités.

III. — Garçon de 9 ans. Luxation latérale avec fracture de l'épitrochlée et exostose rétroépicondylienne. Résection humérale. Résultat : mouvements étendus.

Annandale (The Lancet, 1872).

Luxation en arrière avec ankylose rectiligne fibreuse.

Résection humérale. Résultat : mouvements normaux.

On voit par ce résumé que la résection a été pratiquée déjà un certain nombre de fois (27), et que les résultats en ont été brillants. Ollier, qui en a donné les indications précises, la recommande surtout dans les cas de luxations irréductibles compliquées de fractures, avec petits fragments osseux détachés par l'arrachement des ligaments, et quand le périoste déchiré forme des lambeaux qui reproduisent des masses d'os irrégulières.

La résection peut être totale ou partielle. Cela dépend évidemment des indications; ainsi, s'il y a ankylose osseuse avec fusion complète, et qu'on ne peut distinguer l'interligne, il ne peut y avoir d'autre indication que la résection totale. Mais, en général, il faut préférer les résections économiques. Et, comme les surfaces articulaires de l'avant-bras sont moins souvent altérées que celles de l'humérus, on peut se contenter le plus souvent de la résection humérale. Ollier recommande de réséquer largement au-dessus de l'interligne, et lui-même n'enlève jamais moins de cinq centimètres. Mais Mollière préfère la résection limitée au strict nécessaire, parce que, dit-il, plus le périoste est décollé sur une large surface, et plus il a de tendance à exagérer sa production osseuse; de plus, chez l'enfant, on a moins de chances d'entamer le cartilage épyphysaire, et, par là, le raccourcissement consécutif est moins marqué. Ollier évite cet inconvénient d'hyperformation osseuse, en excisant une partie du périoste décollé, remplissant ainsi une double indication, régulariser la reproduction de l'os nouveau et limiter l'étendue de la surface proliférante.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur la résection du coude, cette opération étant maintenant classique, et son manuel opératoire étant décrit suffisamment dans les ouvrages, et nous passerons de suite à l'étude de l'arthrotomie appliquée aux luxations anciennes du coude.

CHAPITRE IV

L'Arthrotomie dans les luxations anciennes du coude.

HISTORIQUE

La résection, si parfaite qu'elle soit, n'a pas pleinement réalisé les désirs de tous les chirurgiens. Elle a un immense avantage sur les autres opérations pratiquées dans le but de remédier aux luxations anciennes du coude, c'est de refaire une articulation complète, et de rendre au malade un membre semblable à l'autre, et, dans les cas les plus favorables, presque aussi fort et aussi mobile. Mais des chirurgiens, désireux de mieux faire, ont cherché, non plus à créer une articulation nouvelle, mais à remettre les os luxés dans la position qu'ils occupaient avant le traumatisme, et dans l'intégrité des fonctions qu'ils remplissaient; en un mot, ils ont cherché la *restitutio in integrum* des parties déplacées, en même temps que la restauration fonctionnelle et potentielle. La chirurgie antiseptique les autorisait à ouvrir l'articulation afin d'y chercher les obstacles s'opposant à la réduction et de les supprimer.

En 1847, Blumhardt pratiqua avec succès cette opération sur une luxation du coude en arrière. Il fit deux incisions latérales verticales, en arrière de l'épicondyle et de l'épitrochlée, et par ces incisions, put couper les adhérences et les tissus fibreux, et faire la réduction. Le résultat fut bon. Mais des détails plus circonstanciés font défaut.

Aussi on peut se demander s'il y a eu vraiment ouverture de l'articulation, et s'il n'a pu se contenter seulement de couper les adhérences superficielles. En tous cas, il eut peu d'imitateurs, et cette opération fit peu de bruit, car trente ans après, Kuster, en 1877, pratiquant l'arthrotomie pour une luxation de l'astragale, signala la possibilité d'appliquer ce mode de traitement aux luxations anciennes des autres jointures.

Un an plus tard, Trendelenburg, ayant à traiter un cas de luxation ancienne du coude en dehors et en arrière, fit une incision le long du tendon du triceps en dehors, et tomba sur des productions osseuses, nées sur la partie postéro-inférieure de l'humérus. Il les excisa au bistouri et put alors faire la réduction. Il n'obtint, comme résultat, qu'une flexion à angle droit. Dans un second cas, il fit une incision courbe postérieure, convexe en haut, dont le milieu se trouvait à un centimètre au-dessus du bec de l'olécrâne, disséqua la peau jusqu'au milieu de cette apophyse, et sectionna celle-ci avec un ciseau. Ne pouvant faire descendre le fragment supérieur, il laissa le bras dans l'extension pendant dix-neuf jours, après réduction, pour permettre la réunion des fragments. Puis, après guérison opératoire, il modifia graduellement la position, en fléchissant par force, jusqu'à ce qu'il eut obtenu un angle droit, ce qui arriva au bout de quatre semaines.

Peu après, Volker opéra chez un garçon de treize ans, atteint de luxation incomplète en arrière et en dehors, datant de six mois. Il y avait ankylose en extension et compression du nerf cubital, ce qui l'engagea à intervenir. Son incision fut en forme de V à pointe inférieure s'arrêtant sur le milieu de l'olécrâne. Cette apophyse fut mise à nu et divisée; puis il coupa les adhérences, disséqua et gratta le tissu fibreux qui remplissait la cavité sigmoïde du cubitus, en adhérant au cartilage, et put réduire les os. Il sutura ensuite l'olécrâne en le traversant de part en part, ce qui lui permit de mettre, aussitôt après l'opération, le bras dans la flexion, et

d'obtenir ainsi un résultat satisfaisant. Ce succès l'engagea à conseiller chaudement cette opération dans tous les cas de luxations anciennes, avec inaptitude complète aux mouvements.

En 1885, Nicoladoni pratiqua, sur le coude luxé, deux arthrotomies, dont les observations seront rapportées plus loin en détail. Il adopta la méthode des deux incisions latérales de Blumhardt; puis, la peau divisée, tomba, dans le premier cas sur deux fragments osseux détachés de l'épitrochlée et du condyle interne, qu'il fut obligé d'extraire. Dans le premier cas, il obtint une flexion de 35° à 40° avec diminution de la rotation. Dans le second, il n'eut qu'une flexion à angle droit.

Le Congrès français de chirurgie à Paris, en 1886, mit à l'ordre du jour la question du traitement opératoire des luxations anciennes; et Mollière, jugeant les divers modes de traitement employés jusqu'à ce jour, exprima l'opinion que les traitements, autres que la résection, ne lui paraissaient pas favorables, étant données les déformations osseuses que l'on rencontre presque toujours dans ces articulations; mais il déclara aussi que, l'arthrotomie, par son but, qui est la restauration complète et *in integrum* de l'articulation luxée, par son innocuité avec nos méthodes actuelles d'antisepsie et de pansement, enfin par la possibilité de la compléter par la résection, si, après examen direct des lésions, l'état des parties le nécessitait, lui paraissait incontestablement la méthode de l'avenir.

A la suite de ces conclusions, le docteur Doyen (de Reims) communiqua une observation d'arthrotomie du coude faite par lui avec un excellent résultat. L'incision qu'il choisit était postérieure et en forme de T renversé. Il libéra, au bistouri, l'articulation des brides et des adhérences, nettoya les cavités comblées, et racla les surfaces articulaires de la trochlée, qui étaient incrustées de tissus fibreux. Il obtint des mouvements de flexion d'une amplitude de 100°. Doyen concluait son observation, en déclarant que l'arthrotomie lui semblait une opération supérieure à la résection, et que celle-ci devait

être réservée pour les cas où les cartilages sont détruits et les os mortifiés.

Dans la même séance, le docteur Décès, également de Reims, rapporta deux observations analogues d'arthrotomie, dont une, suivie d'un égal succès, avait été faite avec le concours du docteur Doyen.

Enfin, Lewis Stimson, dans un mémoire publié par le *New-York Médical Journal*, cite sept cas d'arthrotomies du coude, faites par lui pour luxations anciennes. La première, datant de 1887, ne fut pas favorable, car il fut obligé de la compléter par la résection; et encore il n'obtint qu'une flexion à angle droit. Mais, à ce moment, il ne possédait pas le manuel opératoire convenable; aussi il ne sut pas remédier aux difficultés qu'il rencontra dans ce cas. Mais il put se rendre compte des obstacles qui l'avaient empêché de mener utilement son intervention, et cette observation lui servit à modifier heureusement sa manière d'opérer. Car, dans les six autres cas, publiés en 1891, il eut un résultat plus favorable.

Ces différentes observations seront rapportées plus loin, et nous y joindrons les deux cas que nous devons à l'amabilité de M. le Dr Piéchaud, qui les a récemment opérés et qui portent : le premier, sur une luxation en dehors et en arrière datant de trois mois et demi, le second sur une luxation du coude gauche en dehors, datant de trois mois. Chez le premier malade, un enfant de 11 ans, quoiqu'il n'y eut pas de tentatives de réduction forcées les surfaces articulaires de l'humérus, et le bec de l'olécrâne étaient déjà déformées, et les cavités comblées par des tissus fibreux. Dans le second cas, une fillette de 14 ans, il y avait encore des amas fibreux et fibro-cartilagineux, mais les os étaient moins altérés, car l'enfant était plus âgée, et on sait que les déformations articulaires se font d'autant plus vite que le sujet est plus jeune.

L'arthrotomie a encore été pratiquée sur le coude par Von Wahl de Dorpat en 1879 et par Von Lesser en 1881, mais nous n'en possédons pas les observations.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Comme on le voit, d'après les chirurgiens qui ont pratiqué l'arthrotomie, elle serait indiquée dans tous les cas de luxation ancienne du coude, ayant résisté à tous les autres moyens de réduction. Ils seraient même plutôt disposés à la faire primitivement, sans essayer ni les sections sous-cutanées, ni la myosyndesmotomie, ni les appareils de force.

Il est certain qu'en présence d'une luxation ancienne du coude, si on constate une ankylose fibreuse absolue, ou si, par la palpation et des mouvements combinés, on sent une gêne considérable de la mobilité, en même temps que des os épaissis et altérés dans leur forme, avec des néoformations et des brides nombreuses, il sera inutile d'essayer de la réduction forcée, qui irriterait les tissus périarticulaires; il ne sera pas nécessaire non plus de pratiquer des sections sous-cutanées qui n'auraient d'autre résultat que de produire dans l'intérieur des délabrements qui rendraient plus pénible l'intervention consécutive, ou retarderaient la cicatrisation de cette dernière.

Dans ces cas, donc, on est autorisé à pratiquer d'emblée l'arthrotomie.

Mais, en dehors de ces cas qui présentent une indication évidente et palpable, la plupart des auteurs sont d'avis de tenter auparavant quelques moyens moins radicaux. Garmany, en 1888, ne conseille l'arthrotomie, suivie ou non de résection, que lorsque tous les autres moyens ont échoué. Albert l'admet chez les jeunes sujets, mais il veut qu'on essaye auparavant la section du triceps. Chez les adultes,

au contraire, il ne croit pas beaucoup à la possibilité de la restauration fonctionnelle, et il préfère mobiliser la jointure par les sections sous-cutanées, la flexion forcée avec ou sans rupture olécrânienne, pour obtenir une ankylose en bonne position.

Ollier juge favorablement l'arthrotomie; et quoiqu'il soit partisan de la résection, il pense qu'il y a ordinairement indication de commencer par l'arthrotomie, qui permet, si l'état des parties l'exige, de terminer par la résection.

Néanmoins, malgré les nombreuses indications de cette opération, il y a des cas où elle ne sera pas suffisante, et où même un simple examen suffira pour reconnaître son inutilité.

Ainsi chez les enfants trop jeunes, dont les surfaces articulaires et les condyles huméraux s'atrophient très vite, on pourra souvent constater au palper l'atrophie et la déformation irréparables. On n'aura plus alors d'autres ressources que la résection. De même, s'il y a eu de nombreuses déchirures du périoste, on trouve des excroissances osseuses se prolongeant dans les ligaments, dans la capsule, formant des ponts de substance osseuse, ou des noyaux isolés disséminés dans les parties fibreuses. Le travail le plus patient ne saurait extirper et régulariser toutes ces néoformations, en épargnant les parties molles nécessaires. Là encore la résection est la seule ressource. Enfin, s'il y a eu des fractures partielles, des débris osseux arrachés, modifiant trop la forme des extrémités osseuses, on sera bien obligé de donner aux os une nouvelle coupe, pour pouvoir refaire une articulation.

La meilleure époque, d'après les auteurs, serait de 15 à 25 ans. Passé cet âge, on peut encore remettre en place les os luxés, mais on a moins de chances de voir revenir des mouvements très étendus. Nous avons déjà dit pour quelles raisons, avant 15 ans, l'arthrotomie a d'autant moins de chances de succès que l'enfant est plus jeune.

MANUEL OPÉRATOIRE

Les incisions, pratiquées par les différents chirurgiens qui ont fait des arthrotomies, peuvent se réduire à trois principales : l'incision convexe en haut, faite par Trendelenburg; les deux incisions latérales verticales, placées aux deux extrémités du diamètre transversal, ou plus rapprochées en arrière, près des bords de l'olécrâne : l'incision en baïonnette et l'incision en V ne sont que des modifications de cette incision bilatérale permettant un plus grand jour; et enfin l'incision en T renversé ou incision de Doyen.

Maydl cite encore l'incision longitudinale postérieure qui exige la section de l'olécrâne ou du tendon tricipital et l'incision transversale de l'épitrochlée à l'épicondyle; mais celle-ci n'est que la simplification de l'incision convexe en haut, ou plutôt cette dernière en est un perfectionnement.

D'après Maydl, l'incision longitudinale serait suffisante pour permettre l'exploration de l'article, mais insuffisante pour faire l'arthrotomie. L'incision transversale postérieure donne un accès plus facile à l'article, mais compromet les résultats des mouvements et la cicatrisation, par son écartement obligé dans les mouvements de flexion. Ce danger n'est pas très à craindre parce que la peau du coude à la région postérieure est mince, lâche, souple et peu rétractile après section.

L'incision bilatérale aux deux extrémités du diamètre transverse empêche l'écartement suffisant des deux segments de membre pour

la réduction et ne donne pas non plus assez de jour pour l'exploration de l'article.

Il donne la préférence à l'incision bilatérale postérieure, pratiquée le long des bords de l'olécrâne, qui fournit suffisamment de jour et permet un écartement assez considérable des os pour que la réduction soit possible.

Après l'incision de la peau, on coupe les parties molles directement jusqu'au périoste exclusivement et on libère les os, sans serrer le périoste de trop près, pour ne pas nuire à sa nutrition. On passe le couteau entre les surfaces osseuses et articulaires en coupant les brides fibreuses; on enlève, autant que possible, les couches de fibro-cartilage qui se sont accumulées dans les cavités ou sur les surfaces trochléaires, en évitant d'attaquer les cartilages eux-mêmes. Puis on fait la flexion progressive qui permet de voir successivement se tendre tout ce qui résiste encore et on réduit.

Ne pas oublier en travaillant dans l'incision interne de rechercher le nerf cubital, et de le mettre à l'abri, pour être sûr de ne pas le blesser. Car il est souvent renfermé dans des productions osseuses, et quelquefois comprimé par elles.

Il faut avoir soin de suturer les tendons et ligaments qu'on aura été obligé de sectionner ou qu'on aura trouvés rompus. (Doyen sutura les ligaments latéraux, après les avoir coupés) pour ne pas priver l'articulation de ses moyens de fixité.

L'opération terminée, Maydl préférait laisser la plaie sans réunion, pour éviter, disait-il, l'accumulation d'exsudations de la synovite qui se produit généralement à la suite de l'intervention.

Les autres chirurgiens ont toujours suturé la plaie, mais en prenant la précaution de mettre des drains. Nicoladoni en mit deux du côté de la flexion, et un à travers le tendon du triceps. Doyen se servit de drains en os décalcifié résorbable.

Pansement antiseptique, et immobilisation dans une gouttière plâtrée de préférence.

La guérison s'obtient assez rapidement en général, quand la plaie est bien aseptisée. Ainsi dans le cas de Doyen, la plaie était guérie au bout de seize jours.

On commencera à pratiquer des mouvements passifs après guérison de la plaie opératoire, c'est-à-dire au bout de trois ou quatre semaines environ. Les mouvements devront être faits avec persévérance jusqu'à ce qu'on ait obtenu tout ce qu'il est possible d'obtenir.

Je ne veux pas terminer sans rapporter une tentative de quelques chirurgiens allemands. Dans le cas de luxations du coude compliquées de fractures par arrachement de l'épicondyle ou de l'épitrochlée, on est obligé, dans le cours de l'arthrotomie, d'extirper ces fragments, et par suite du manque de soutien, la luxation se reproduit souvent. Alors quelques-uns ont eu l'idée d'enfoncer un clou à grosse tête ronde et dorée dans la trochlée à l'extrémité du diamètre transverse. La tête de ce clou supplée à la saillie osseuse absente. Ce procédé pourrait être imité à l'occasion, car le clou bien aseptisé doit être facilement supporté sans réaction.

OBSERVATION I

(BLUMHARDT)

Publiée dans la *Gazette Médicale de Paris*, 1847.

Luxation ancienne du coude en arrière. Traitée par arthrotomie. Deux incisions latérales verticales, passant en arrière de l'épicondyle et de l'épitrochlée. Dissection des adhérences et des tissus fibreux. Réduction facile.

Bon résultat. Pas de détails.

OBSERVATION II

(TRENDELENBURG)

Publiée dans les *Archives für Klinische chirurgie*, 1878.

Luxation ancienne du coude en arrière et en dehors.

Incision verticale en dehors, le long du tendon du triceps.

Excision d'une masse osseuse sur la partie postéro inférieure de l'humérus, et entre celui-ci et l'apophyse coronoïde du cubitus.

Résultat : flexion à angle droit.

OBSERVATION III

(DU MÊME)

Publiée dans les *Archives für Klinische chirurgie*, 1879.

Luxation ancienne du coude en arrière. Arthrotomie.

Incision courbe convexe en haut. Dissection de la peau sur l'olécrâne. Section de celui-ci. Réduction. Le membre est laissé dans l'extension pendant 19 jours, puis fléchi graduellement.

Résultat : flexion à angle droit.

OBSERVATION IV

(VOLKER)

Rapportée par Stimson, *in New-York Médical Journal*, 1887.

Garçon de 13 ans. Luxation incomplète ancienne du coude gauche en arrière et en dehors, datant de six mois. Ankylose en extension complète avec compression du cubital.

Arthrotomie. Incision en V à pointe en bas. Section de l'olécrâne. Section des adhérences, et division du tissu fibreux remplissant la cavité sigmoïde. Réduction. Suture olécrânienne.

Résultat : satisfaisant.

OBSERVATION V

(NICOLADONI)

Publiée dans le *Wiener Médical Wochenschrift*, 1885.

Jeune fille, 16 ans. Luxation en arrière du coude gauche datant de huit mois. L'épitrochlée est fracturée et logée sous la trochlée. Le membre est dans l'extension. Pas de mouvements, sauf la rotation.

Incision verticale de 8 centimètres le long du condyle interne, descendant plus bas que l'épitrochlée. On enlève par cette incision le fragment épitrochléen.

Une deuxième incision est faite, également de 8 centimètres, sur le côté externe de l'article, par laquelle on extirpe un petit fragment détaché du condyle externe. Dissection des parties molles entre le radius et l'humérus. Le triceps est ouvert longitudinalement et ses bords écartés. Par cette ouverture, on sépare au bistouri les adhérences entre l'olécrâne et la face postérieure de l'humérus.

Réduction facile. Cicatrisation rapide après légère suppuration.

Mouvements passifs trois semaines après l'opération.

Résultat : flexion d'une amplitude de 35° à 40°.

Résultat neuf mois après : la flexion et l'extension ont un peu augmenté. La rotation a diminué.

OBSERVATION VI

(DU MÊME)

Publiée dans le même journal, 1885.

Homme vigoureux, 41 ans. Luxation du coude en arrière datant de six mois. Extension complète, immobilité absolue. Rotation passive conservée.

Arthrotomie. Deux incisions latérales de 16 centimètres.

La première verticale entre le condyle externe et la tête du radius.

Dissection des parties molles, jusqu'au périoste exclusivement. Découverte de la trochlée, qu'on libère facilement en avant, péniblement en arrière.

Deuxième incision sur le condyle externe et le long du bord des fléchisseurs. Dissection des parties molles. On trouve la grande cavité sigmoïde comblée par du tissu fibreux qu'on racle, après séparation du ligament annulaire à son attache postérieure.

Réduction facile. Deux drains du côté de la flexion, et un autre à travers le tendon du triceps. Sutures et pansement de Lister. Le membre est mis dans une gouttière plâtrée. Guérison en cinq semaines.

Résultat : rotation active. Pas de flexion active.

Passivement : extension complète et flexion à angle droit.

OBSERVATION VII

(Doyen, de Reims).

Publiée dans les *Comptes-rendus du Congrès de chirurgie*, Paris 1886.

Jeune fille, 16 ans. Luxation du coude gauche en arrière et en dehors datant de quatre mois et demi. Arthrotomie.

Incision en T renversé. La partie verticale, longue de 10 centimètres sur l'olécrâne et le tendon du triceps. La portion horizontale allant transversalement de l'épicondyle à l'épitrochlée. Incision oblique du tendon en épargnant quelques fibres. On fléchit le membre en coupant à mesure les adhérences tendues. Section du ligament latéral externe très épaissi. On touve la cupule radiale, les cavités sigmoïde, olécrânienne et coronoïde comblées par du tissu fibreux.

Dissection et nettoyage à la curette des surfaces articulaires. Réduction. Suture des ligaments latéraux. On place trois drains en os décalcifié résorbable. Sutures et immobilisation dans le plâtre. Guérison au bout de seize jours.

Résultat : flexion active de 100° (du côté sain 125° à 130°).

Extension moins complète (espoir de progrès).

OBSERVATION VIII

(Décès, de Reims).

Publiée dans le *Compte-rendu du Congrès de chirurgie*, Paris, 1886.

Luxation du coude droit, vieille de trois mois, en extension complète chez un jeune homme. Arthrotomie.

Incision en baïonnette en arrière, le long des deux côtés du triceps. Division oblique du tendon de ce muscle. Section des adhérences. Réduction. Un peu de suppuration. Mobilisation lente et pénible après guérison.

Résultat : mouvements limités de flexion et d'extension.

Rotation et supination conservées.

OBSERVATION IX

(Décès et Doyen).

Publiée dans le même.

Semblable à l'observation VII.

Résultat : satisfaisant.

OBSERVATION X

(Stimson).

Publiée *in New-York Médical Journal*, 1887.

Maggie F..., 11 ans, santé délicate. Luxation du coude droit en arrière, datant de cinq mois. Coude fléchi à 150° environ. Aucun mouvement, sauf un peu de rotation. Les parties molles paraissent saines. A la palpation, on sent le condyle externe très épaissi et cachant complètement la tête du radius. On décide une intervention.

Incision en dehors à deux doigts au-dessus de l'épicondyle, continuée en bas, le long de l'avant-bras, parallèlement au radius. On découvre une masse osseuse, partant de la partie postérieure et inférieure de l'humérus, et recouvrant la tête du radius qui s'y est creusé une loge. La partie antérieure de la capsule est adhérente au cartilage de la trochlée. Dissection de la capsule en avant; et en arrière dissection d'une masse fibreuse remplissant la cavité sigmoïde.

Vu la difficulté du travail, l'assistant, docteur Mc Burney, conseille une seconde incision interne. Mais je préfère la section de l'olécrâne que je divise obliquement, après avoir incisé la peau postérieurement. Je trouve l'épitrochlée fracturée et réunie à l'humérus plus haut que sa place normale. Section du ligament latéral interne et réduction. Suture de l'olécrâne. Drainage dans l'incision interne. Sutures et gouttière à 145°, non fléchie, de peur de rompre la suture de l'olécrâne.

Deux jours plus tard, bandage plâtré. Huit jours après, suppression du drain. Peu ou pas de suppuration.

Résultat : au bout d'un mois, reproduction de la luxation.

Trois semaines après, nouvelle opération. Incision courbe convexe en haut; incision du triceps. Je trouve les surfaces articulaires, qui étaient encore intactes, il y a un mois, dépouillées de leurs cartilages et les os déformés par des productions ostéofibreuses sur leurs bords.

Résection des condyles huméraux et de la tête du radius. Élargissement et forage de la cavité sigmoïde, je fais une encoche à la partie postérieure de l'humérus pour y loger le bec de l'olécrâne. Guérison au bout de treize jours.

Résultat : extension complète. Flexion à angle droit.

OBSERVATION XI

(DU MÊME)

New-York Médical Journal, 1891.

John C..., 12 ans. Luxation du coude droit en arrière, datant de deux mois. Avant bras en extension complète.

Arthrotomie par deux incisions latérales. Réunion primitive après 25 jours.

Résultat : flexion et extension de 45°.

Résultat huit mois après : flexion et rotation complètes, extension de 140°.

OBSERVATION XII

(DU MÊME)

New-York Médical Journal, 1891.

Anne W..., 11 ans. Luxation du coude droit en arrière et en dehors datant de trois semaines, immobile à 145°.

Arthrotomie par deux incisions latérales. Excision d'une masse ossifiée recouvrant la tête du radius. Réunion primitive sauf un petit trajet de drain.

Résultat trois mois plus tard : flexion normale, rotation complète. Extension, 145°.

OBSERVATION XIII

(DU MÊME)

New-York Médical Journal, 1891.

John G... Luxation du coude ancienne de deux mois, immobile à 135°. Arthrotomie par deux incisions latérales. Guérison au bout de un mois.

Résultat : mouvements d'une amplitude de 45°.

OBSERVATION XIV

(DU MÊME)

New-York Médical Journal, 1891.

John T..., 34 ans. Luxation en arrière du coude droit, remontant à deux mois. Traitée pendant quatre semaines comme fracture, par immobilisation dans une gouttière. Extension complète. Mobilité latérale marquée.

Arthrotomie par deux incisions latérales.

Résultat : flexion à angle droit. Extension complète.

OBSERVATION XV

(DU MÊME)

New-York Médical Journal, 1891.

Samuel D..., 25 ans. Chute sur le coude gauche, remontant à quatre mois, traité comme pour fracture et immobilisé pendant quatre semaines. Puis soumis à des mouvements forcés sous éther. Ankylose à 100°. Rotation conservée.

Arthrotomie par deux incisions latérales. Dissection pénible, séparation des muscles de l'avant-bras à leurs insertions humérales. Excision d'une petite production osseuse sur la face postérieure de l'épitrochlée. Légère suppuration. Guérison en un mois.

Paralysie motrice des doigts le deuxième jour (attribuable à l'hémostase *par la bande élastique*). Disparaît progressivement.

Résultat trois mois plus tard : flexion et extension de 45°.

Rotation complète. La mobilité tend à augmenter.

OBSERVATION XVI

(VON LESSER)

Publiée dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1881.

Enfant de 4 ans. Luxation du cubitus en arrière avec fracture du condyle externe.

Arthrotomie avec incision externe. Ablation du condyle fracturé. Réduction. Guérison rapide.

Résultat : reproduction de la luxation. Flexion à 30°, extension jusqu'à angle obtus.

OBSERVATION XVII

(INÉDITE)

Communiquée par M. le professeur agrégé PIÉCHAUD.

Gabriel G..., 11 ans, entre à l'hôpital pour chute sur le coude droit datant de deux mois et demi.

A la palpation, on sent en avant l'extrémité inférieure de l'humérus, et en dehors une saillie anormale de la tête du radius.

Raccourcissement total de 1 centimètre et demi.

Diagnostic. Luxation en dehors et en arrière.

Arthrotomie. On trouve les surfaces humérales et le bec de l'olécrâne déformés. Les interstices sont comblés par du tissu très dense, fibro-cartilagineux.

Réduction, immobilisation dans un plâtre. Fièvre le soir. Au bout de sept jours, cicatrisation.

Au bout de trois semaines, mobilisation régulière et progressive.

Résultat : mouvements un peu douloureux, mais s'assouplissant tous les jours. On gagne peu à peu du terrain.

OBSERVATION XVIII

(INÉDITE)

Communiquée par M. le professeur agrégé PIÉCHAUD.

Marie V..., 14 ans, chute sur le coude gauche il y a deux mois. Tentatives de réduction sans résultat.

Avant-bras dévié en dedans. Saillie osseuse à la partie interne, représentant l'épitrochlée et une partie de la trochlée. A la partie externe, autre saillie où l'on

sent la tête du radius, mobile sous le doigt, dans les mouvements de rotation interne. Plus au-dessus et plus en dedans, on sent le bord de l'olécrâne.

Mouvements de latéralité marqués. Mensurations sans résultats précis.

Diagnostic. Luxation du coude en dehors, ancienne. Tentatives de réduction forcée sous chloroforme avec l'appareil Sédillot, et une force de 82 kilogr., sans résultat.

Arthrotomie. Évidement des cavités articulaires remplies par du tissu fibro-cartilagineux. Réduction. Immobilisation. Au bout de neuf jours, guérison opératoire.

Après un mois, mobilisation progressive. Mouvements douloureux.

Résultat : extension difficile. Flexion plus marquée.

Un mois plus tard. Mouvements toujours douloureux, deviennent un peu plus étendus.

RÉSULTATS

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus par l'arthrotomie dans les luxations anciennes du coude, on voit que ces résultats, quoique bons, laissent encore à désirer. En effet, sur 18 cas que nous avons cité, il n'y en a que trois dont le résultat soit excellent, celui de Doyen (obs. VII) de Décès et Doyen (obs. IX) et un de Stimson (obs. XII). Dans ces trois observations, on a obtenu un résultat presque voisin de la normale quoique l'extension ne soit pas encore complète. Dans les observations les plus anciennes, celles de Blumhardt, de Trendelenburg et de Volker, les résultats sont donnés comme bons; mais comme de plus amples détails manquent, on ne peut pas apprécier jusqu'à quel point ces résultats étaient suffisants. Dans tous les autres cas, les mouvements varient entre la flexion marquée avec extension incomplète, ou l'extension complète avec flexion à angle droit, ou encore moins, des mouvements très limités de flexion et d'extension d'une amplitude de 30° à 45°.

A côté de ces résultats, si on place en parallèle ceux des 26 cas de résection pour luxation ancienne du coude que nous avons résumés au chapitre III, nous verrons que sur 26, il y en a 11 indiqués comme parfaits ou très bons, 7 satisfaisants, 4 utiles sans être brillants, 3 un peu faibles, et seulement 1 échec avec articulation ballottante.

Le nombre des cas d'arthrotomie n'est pas encore assez considérable pour qu'on puisse juger de son avenir, mais de cette comparaison, ainsi que de l'étude qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

CONCLUSIONS

1. — Les différents moyens appliqués au traitement des luxations anciennes du coude, tels que réduction forcée, ténotomie, myosyndesmotomie, fracture olécrânienne ou torsion épiphysaire, ne sont applicables qu'à un nombre très restreint de cas et insuffisants dans la plupart.

2. — Néanmoins, si l'examen attentif de l'articulation ne rend pas évidente la nécessité d'une intervention radicale, on devra, avant de tenter celle-ci, avoir recours à un des moyens cités plus haut qui paraîtra le mieux indiqué.

3. — L'arthrotomie, appliquée aux luxations anciennes du coude, est une opération facile, bénigne, et donnant des résultats satisfaisants et meilleurs que les divers autres procédés.

4. — Cependant, d'après l'ensemble des cas cités, la résection sous-périostée, surtout dans sa variété humérale, donne des résultats encore plus avantageux.

5. — Il serait indiqué, pourtant, si l'examen des lésions par le palper n'indique pas absolument la nécessité de la résection, de commencer l'intervention par l'arthrotomie, et de finir, séance tenante, par la résection, si, par l'examen ultérieur direct on juge l'arthrotomie insuffisante.

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur délégué,

V. JOLYET.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président,

M. LANELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 1er décembre 1892.

Le Recteur,

A. COUAT.

BIBLIOGRAPHIE

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. Tome III.

Ollier. — Traité des résections. Tome II.

Malgaigne. — Traité des luxations. Tome I.

Ravaton. — Pratique de chirurgie, 1776. Tome IV.

Lafaurie. — Du traitement des luxations anciennes. Thèse, Paris, 1869.

Nodot. — Indications opératoires dans les cas de luxations anciennes du coude. Thèse, Paris, 1888.

Bardon-Laroze. — Des sections sous-cutanées comme moyen de réduction des luxations anciennes. Thèse, Paris, 1882.

Painetvin. — De la résection du coude. Thèse, Paris, 1865,

Marangos. — De la résection dans le cas d'ankylose, etc. Thèse, Lyon, 1883.

Congrès français de chirurgie. Paris, 1886.

Communication de Mollière, p. 298.

— de Doyen, p. 319.

— de Décès, p. 323.

— de Maydl, p. 341.

— de Bœckel, p. 284.

Debruyn. — Mémoire sur les luxations du coude, in *Annales de la Chirurgie française et étrangère*. Tome IX, 1843.

Dénucé. — Article coude in *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Thèse de Paris, 1853.

Newmann. — In *Bulletin thérapeutique*, 1850, XXXIX.

Blumhardt. — In *Gazette médicale de Paris*, 1847.

Stimson. — On the dislocations of the elbowjoint. In *New-York medical journal*, 1887, p. 367 et 1891, p. 449.

Garmany. — In *New-York medical journal*, 1888, p. 142.

Litle. — In *New-York medical journal*, 1887.

Monteils. — In *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888.

Annandale. — In *Edingburg medical journal*, 1885.

Trendelenburg. — *Archives für Klinische chirurgie*, 1879.

NICOLADONI. — *Wiener medical Wochenschrif*, 1885.

BENNETT. — *British medical journal*, 1888.

LENFAIGNE. — *Dublin journal médical sciences*, 1888.

MASSE. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*. Bordeaux, 1883.

GERDY. — In *Annales de chirurgie française et étrangère*. Tome II.

DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale, 1839. T. II.

VON LESSER. — In *Centralblatt für chirurgie*, 1891.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale. Tome I.

81481. — Bordeaux. — Imprimerie centrale A. DE Lanefranque, rue Permentade, 23-25.